

5. Работа, направленная на коррекцию умственного развития [2,4].

6. Приемы саморегуляции функционального состояния, ориентированные на формирование у человека навыков регуляции и управления собственным поведением по Джейкобсону и Шульцу [7].

Пункты 4–5–6 должны реализовываться психологом, пункт 6 может требовать привлечения психотерапевта.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзенк Г., Эванс Д. Проверьте свои способности. СПб., 1996.
2. Дубровина И. В., Гуревич К. М. Психологическая коррекция умственного развития учащихся. М.: Олимпик, 1990.
3. Леонова А. Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. М.: Высшая школа, 1984.
4. Вуджек Т. Тренировка ума. М., 1996.
5. Совместные исследования советских психологов и психологов ГДР / Под ред. В. Я. Ляудис. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990.
6. Самоукина Н. В. Игры, в которые играют. Дубна, 1997.
7. Шульц Н. Г., Джейкобсон Э. Аутогенная тренировка // Психогигиеническая саморегуляция / Под ред. Г. С. Беляева, В. С. Лобзина, Н. А. Копылова. Л., 1977.

*А. И. Рачинский, Л. И. Колосова*

### **ИНФАРКТ МИОКАРДА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Постинфарктные больные – это особая категория пациентов, у которых наряду с физическими страданиями появляются изменения в эмоциональной сфере, носящие болезненный характер [3]. Чувства, как и другие свойства личности, носят социальный характер, они опосредствованы и обусловлены реальными социальными отношениями, которые у всех постинфарктных больных резко меняются (уход на инвалидность, прекращение работы, сужение круга общения). Все эти изменения отражаются в виде переживаний, зависящих от удовлетворения потребностей. Неудовлетворенность своим общественным положением приводит к болезненным изменениям настроения. Иногда данная категория больных начинает проявлять чувства на детском уровне (огорчаться, становятся обидчивыми, плаксивыми).

У ряда постинфарктных больных отмечаются явления раздражительной слабости, заключающиеся в том, что в состоянии утомления больные реагируют на все мелочи вспышками раздражения (22%). У других больных отмечаются дисфории (13,7%) – эпизодические расстройства настроения без каких-либо неблагоприятных внешних воздействий. Больной, который на стадии выздоровления спокоен, выпол-

няет все предписания врача, общителен с соседями по палате и медперсоналом, вдруг становится угнетенным, мрачным. Реакция на замечания медперсонала – злобная. Такие расстройства проходят сами по себе, но у больного остается чувство вины за свое поведение, что замедляет процесс восстановления. Гораздо реже (7,2%) встречается другое, немотивированно повышенное настроение – эйфория, которая делает больных нечувствительными к объективной реальности, они смеются, веселятся, начинают быстро двигаться, жестикулировать, что может привести к ухудшению состояния. Другим, более часто встречающимся (47,3%) нарушением, является апатия. Больные с апатией высказывают мысли и обнаруживают настроения, заставляющие настораживаться медперсонал: безразличие к жизни, к людям, близким, нежелание вставать с кровати, действовать, отказываются от лечебной физкультуры, у некоторых происходит утрата интересов и привязанностей. Апатию формируют такие преморбидные черты характера, как угрюмость, раздражительность, гневливость, равнодушие.

Последние пять лет сильнейшим фактором риска для инфарктных больных является эмоциональное состояние, которое вызывается ситуацией напряженности (или стрессовой ситуацией). Стресс получил физиологическое обоснование в учении Г. Селье [5]. Стрессовые состояния отмечаются у 59% инфарктных больных. О стрессовых состояниях свидетельствуют изменения в работе сердечно-сосудистой, дыхательной систем, а также другие вегетативные показатели. Стресс вызывает появление устойчивых страхов. У одной категории больных возникает общая реакция возбуждения, поведение становится дезорганизованным, у других – реакция торможения, пассивность, бездеятельность. Легче справляются со стрессами те больные, у которых есть тренированность, сформированная в процессе психологической реабилитации постинфарктных больных.

Не менее опасными для инфарктного больного являются эмоционально-отрицательные переживания, неудачи, утрата трудоспособности, крушение надежд, сопровождаемое чувством безысходности, тщетности прилагаемых усилий. В данной ситуации диагностируется фрустрированность личности. Фрустрация (от лат. *frustratio* – обман, тщетное ожидание) – психическое состояние острого переживания неудовлетворенности потребности. Инфаркт миокарда является сильнейшей ситуацией «фрустрационного воздействия». Эта ситуация связана с широким диапазоном потребностей, которые больной не может удовлетворить. Особенно страдают социальные потребности: трудовые, познавательные, межличностные. Фрустрация создает отрицательные переживания: разочарование, раздражение, тревогу, отчаяние, чувство лишения. Фрустрированность диагностируется у 70% больных, перенесших инфаркт

миокарда на первом этапе лечения, и у 59% по прошествии года-двух лет. Затяжные фрустрации имеют выход на депрессивный невроз.

Исходя из вышесказанного, можно предположить, что для разработки оптимальной программы психологической реабилитации постинфарктных больных необходима ранняя диагностика нарушений в эмоциональной сфере.

### **Методики исследования**

В исследовании использовались следующие методики:

1. Тематический апперцептивный тест (ТАТ) Г. Мюррея и Моргана, применяемый для исследования личности, направленности ее переживаний и интересов [7]. Вместо обычных сюжетных картин больным показываются серии картин с неопределенным, неясно выраженным сюжетом. По каждой картине больной составляет рассказ: какова ситуация на картине, какие события привели к такому положению и каков будет исход. Рассказ записывается. Методика ТАТ относится авторами к кругу проективных методик, поскольку в истолковании неясных сюжетов отражается личность больного, ее установки и чувства. Замысел методики состоит в том, чтобы оценить, какой эмоциональный отклик вызывает у больного сюжет. ТАТ имеет хорошую теоретическую основу: в восприятии художественного произведения сказывается личность воспринимающего, степень зрелости и адекватности его эмоциональной сферы. В нашей стране опубликованы исследования, посвященные методике ТАТ – И. И. Гильяшевой и Н. К. Киященко. Именно этот вариант ТАТ использован в нашем исследовании.

2. Тест «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку) [9].

Методика включает в себя четыре раздела. Каждый раздел содержит десять описаний психических состояний. Диагностируются следующие показатели: фрустрация, агрессивность, ригидность, тревожность. Мы акцентировали внимание на показателях фрустрации и тревожности.

3. Цветовой тест М. Люшера [6]. Методика цветовых выборов представляет адаптированный вариант цветового теста М. Люшера. Методика оригинальна по выбору стимульного материала, воздействующего одновременно на разные стороны человеческой психики. Метод цветовых выборов лишен транскультурных аспектов и не провоцирует реакции защитного характера. Методика выявляет не только осознанное, субъективное отношение испытуемого к цветовым эталонам, но также неосознанные реакции на них, что позволяет считать метод глубинным, проективным. Методика выявляет фон настроения, общую психическую активность, побудительную силу мотивационной сферы, напряженность потребностей. Выбор цветового ряда зависит как от на-

бора устойчивых личностных характеристик, так и от актуального состояния. Методика применялась нами для диагностики доболезненных состояний эмоциональной напряженности.

4. Методика TAS представляет собой опросник «Торонтская алекситимическая шкала» [8]. В настоящее время внимание исследователей привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности, как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Алекситимия буквально означает «без слов для чувств», то есть невозможность осознать свои чувства и соответственно выразить их словами. Ограниченность осознания эмоций и когнитивная переработка аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению. Этим и объясняется тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств.

5. Методика «Дифференциальные шкалы эмоций» (по К.Изарду) [10]. Методика позволяет диагностировать доминирующий эмоциональный фон. Шкала представлена тремя положительными и семью отрицательными эмоциями, среди которых есть эмоции, характерные для постинфарктных больных: горе, страх, вина. Обработка результатов (определение Кс) дает возможность диагностировать хорошее эмоциональное самочувствие (при  $K_c > 1$ ) и отрицательное эмоциональное самочувствие (при  $K_c < 1$ ). При очень низком Кс можно диагностировать состояние, близкое к депрессии, характеризующееся тоскливым настроением, апатией, резким снижением работоспособности. Кс рассчитывается по формуле:

$$K_c = \frac{\text{сумма положительных эмоций}}{\text{сумма отрицательных эмоций}}$$

### Процедура и результаты исследования

Результаты исследования по методике ТАТ показали, что большинство рассказов достаточно бедны по сюжету и имеют описательно-интерпретационный характер, причиной чего является бедность фантазии. Отметим, что при интерпретации рассказов ТАТ существенным моментом является наличие в них настоящего, прошлого и будущего. У всех испытуемых в нашем исследовании констатируется наличие настоящего, но практически полностью отсутствуют прошлые и будущие события в сюжете. Отсутствие будущего во всей совокупности рассказов свидетельствует о страхах, тревогах, опасениях, связанных с будущим. У инфарктных больных эти темы связаны со здоровьем и со смер-

тью. В общем же плане отсутствие будущего говорит о наличии у испытуемых сильного эмоционального неблагополучия. Они не верят в позитивный исход, и вследствие этого им тяжело думать о будущем. Достаточно значимым является преобладание в рассказах испытуемых мыслей над чувствами, что свидетельствует о доминировании отрицательного эмоционального фона.

Результаты исследования по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» подтверждают приведенные выше результаты. Из общего количества исследуемых инфарктных больных 69% показали высокий уровень фрустрации (15–20 баллов). Эта категория больных избегает трудностей, боится неудач, фрустрирована. По шкале тревожности 72% испытуемых имеют высокую тревожность (15–20 баллов). Высокая тревожность часто имеет выход на депрессивный невроз, в основе которого, по мнению ученых, лежат два основополагающих симптома: угнетенное состояние [2] и снижение интереса или чувства удовлетворения при всех видах активности [4]. Критерии выделены согласно «Руководству по диагностике и статистике психических заболеваний Ассоциации американских психиатров» [1]. Наряду с вышеперечисленными основными симптомами у 57% больных встречаются такие симптомы, как бессонница или сонливость, усталость, снижение концентрации внимания, страх смерти.

Результаты диагностики по методу М. Люшера показывают чистоту эксперимента по методике ТАТ. На основании частотного анализа нами был установлен учрежденный выбор в цветовом тесте Люшера. Можно сделать вывод, что инфарктные больные остро реагируют на сложившуюся социальную ситуацию, в которой они находятся, являющуюся во многих отношениях негативной, ограничивающей возможности жизнедеятельности. Нами выделены сниженные эмоции, фрустрированность, эмоциональное напряжение, имеющее тенденцию к нарастанию стресса (69%). Для больных характерна сверхчувствительность к критическим замечаниям, недоверчивость, ощущение опасности (52%).

Результаты исследования по методике TAS (Торонтская алекситимическая шкала) показали, что из общего количества исследуемых (153 человека) только 18 имели низкие значения алекситимии, свидетельствующие о ее отсутствии. У остальных больных (что составило 72%) отмечены высокие и средние значения алекситимии (средние значения показателя алекситимии для инфарктных больных 72,62%). Для этих больных характерен алекситимический радикал в структуре преморбидной личности, и этот радикал позволяет нам рассматривать данных больных как лиц с психосоматическими расстройствами.

Результаты исследования по методике К. Изарда «Дифференциальные шкалы эмоций» подтверждают результаты предыдущих трех исследований (ТАТ, Люшер, TAS). У 68% инфарктных больных доминирует сниженный эмоциональный фон: горе, страх, чувство вины ( $Kc < 1$ ). У некоторых больных (57%) показатели  $Kc$  очень низкие, что говорит о наличии тоски, апатии, астении, страха.

Согласно результатам проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Наличие у инфарктных больных алекситимического радикала выражается в сужении аффективного опыта, трудности проведения различий между чувствами и телесными ощущениями, преобладании рационального компонента над эмоциональным.
2. Имеет место фрустрация потребности распоряжаться собственной судьбой, неуверенность в себе, зависимость от других людей.
3. Больные испытывают постоянное напряжение, связанное со страхом смерти, который полностью обуславливает образ мыслей, действий, эмоций.
4. Отмечается фрустрированная потребность в опеке, приводящая к обострению заболевания.
5. Проявляется эмоциональная незрелость, склонность к фантазиям, стремление к иррациональности, эмоциональная зависимость.
6. Тема здоровья из-за страха смерти доминирует.

Все выводы свидетельствуют о нарушениях в эмоциональной сфере, которые влияют на состояние сердечно-сосудистой системы, усугубляя болезнь и отодвигая процесс выздоровления. Увеличивая тонус симпатической нервной системы и снижая вагусную иннервацию, эмоциональные нарушения увеличивают риск повторения инфаркта миокарда. У больных с перенесенным инфарктом миокарда эмоциональные нарушения могут быть причиной неадекватного отношения как к медикаментозным режимам лечения, так и к программам психологической реабилитации постинфарктных больных. Эмоциональные нарушения могут повлечь драматические последствия для качества жизни больных. Что может предпринять кардиолог в данной ситуации? Он может 1) провести психологическую диагностику на самых ранних стадиях лечения для выявления нарушений в эмоциональной сфере больных, 2) своевременно включить постинфарктных больных в процесс психологической реабилитации, которая уменьшит интенсивность нарушений в эмоциональной сфере, улучшит показатели ежедневной жизненной активности, предупредит осложнения и снизит до минимума фактор риска повторного инфаркта миокарда.

В данной ситуации, находясь перед выбором: медикаментозное лечение или медикаментозное лечение плюс психологическая реабили-

тация, правомерным будет второй вариант выбора. В заключение отметим, что вопрос о взаимообусловленности инфаркта миокарда и эмоциональных нарушений окончательно не решен в кардиологии, несмотря на глубокий интерес к этой проблеме.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4-th Ed. Washington, 1994.
2. Голиков А. П., Серая Э. В., Латишин В. П. и др. // Вестн. интенсивной терапии. 1999. № 1.
3. Ганелина И. Е., Дерягина Г. Б., Краевский Я. М. Личностные особенности и отдаленный прогноз инфаркта миокарда // Кардиология. 1978. № 8.
4. Зайцев В. П., Айвазян Т. А., Погосова Т. В. и др. // Кардиология. 1997. № 8.
5. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Изд-во «Прогресс», 1982.
6. Собчик Л. Н. Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест М. Люшера: Метод. руководство. М.: Изд-во «Роскнига», 1990.
7. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. М.: Изд-во МГУ, 1980.
8. Торонтская алекситимическая шкала: Метод. пособие. СПб., 1998.
9. Тест «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка // Основы психологии / Под ред. Л. Д. Столяренко. Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1997.
10. Тест «Дифференциальные шкалы эмоций». Изард К. // Елисеева О. П. Конструктивная типология и психодиагностика личности. Практическая психология. Псков: Изд-во ПОИУУ, 1994.

*А. И. Рачинский, Л. И. Колосова*

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

Инфаркт миокарда – тяжелое соматическое заболевание, вызывающее напряжение нервно-психической сферы, в условиях которого формируется психоземotionalная дезадаптация. При этом личностные изменения отражают, с одной стороны, тревожно-ипохондрическую переработку пережитого в прошлом угрожающего жизни состояния, с другой – постоянное стрессорное воздействие ангиозных приступов, постепенно вызывая характерологические изменения депрессивно-ипохондрического типа с нарушением продуктивности психической деятельности. Психические изменения после инфаркта миокарда констатируются по данным различных авторов в 33–80% случаев. Такие различия в оценках обусловлены определенными моментами, один из которых – это отчетливая тенденция к диссимуляции у многих из этих больных. Более или менее выраженная тревога, в которой признаются 38% больных, выявляется практически у подавляющего большинства пациентов.